

**UCHWAŁA NR X/83/19
RADY GMINY ORLA**

z dnia 28 listopada 2019 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Osłonowego w Zakresie Zmniejszenia
Wydatków Poniesionych na Leki przez Mieszkańców Gminy Orla na lata 2019-2021**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r., poz. 506, poz. 1309, poz. 1571, poz. 1696, poz. 1815) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, poz. 1622, poz. 1690, poz. 1818) uchwała się, co następuje:

§ 1. W załączniku do uchwały Nr II/13/18 Rady Gminy Orla z dnia 30 listopada 2018 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Osłonowego w Zakresie Zmniejszenia Wydatków Poniesionych na Leki przez Mieszkańców Gminy Orla na lata 2019-2021 (Dz. Urz. Woj. Podl. poz. 4852, z 2019 r. poz. 244), wprowadza się następujące zmiany:

1) w rozdziale 4 - Sposób realizacji:

a) w ust. 8 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) kserokopię recepty wystawionej na nazwisko osoby uprawnionej albo w przypadku wystawienia recepty w postaci elektronicznej wydruk informacji o jej wystawieniu, obejmujące leki wymienione w fakturze.”,

b) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10) w przypadku wydania leku zamiennego lub recepturowego dołączona do wniosku faktura powinna być uzupełniona adnotacją apteki potwierdzającą ten fakt.”.

2) załącznik do Gminnego Programu Osłonowego w Zakresie Zmniejszenia Wydatków Poniesionych na Leki przez Mieszkańców Gminy Orla na lata 2019-2021 otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Orla.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego.

Przewodniczący Rady

Grzegorz Warchol

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE ZMNIEJSZENIA
WYDATKÓW NA LEKI**

1. WNIOSKODAWCA:

2. ADRES ZAMIESZKANIA LUB POBYTU:

3. PESEL:

4. TELEFON KONTAKTOWY:

5. Dane dotyczące Wnioskodawcy/rodziny Wnioskodawcy (osób spokrewnionych lub niespokrewnionych pozostających w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących):

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy, nauki	Dochód* uzyskany w miesiącu
		wnioskodawca			
Łączny dochód osoby/rodziny:					

6. Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku:..... r. -zł.

7. Okoliczność/ci uprawniająca/e do pomocy**:

niezdolność do pracy z tytułu wieku / przewlekła choroba / niepełnosprawność

8. Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy numer:

...../odbiór gotówki w kasie.

9. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Orla, dnia

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

- oryginał faktury wystawionej przez aptekę szt.,

- kserokopia recept/y lub wydruk informacji o recepcie/receptach w postaci elektronicznej wystawionych na nazwisko wnioskodawcy lub uprawnionego członka rodziny prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe szt.,
- dokument/y potwierdzający/e dochody szt.,
- dokumenty potwierdzające uprawnienie do pomocy szt.

Dalszą część wniosku wypełnia Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Orli:

1. Struktura rodziny (właściwie zaznaczyć) :

- osoba samotnie gospodarująca
- rodzina osobowa

2. Łączny dochód osoby lub rodziny, określony zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej zł; dochód na osobę w rodzinie zł.

3. Kryterium dochodowe (wpisać właściwie: dla osoby samotnie gospodarującej lub rodziny)*** zł.

4. 5% dochodów własnych osoby samotnie gospodarującej/rodziny **zł.

5. Poniesione wydatki na leki zł na osobę/y uprawnioną/e w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku.

6. 50% wydatków na leki w miesiącu poprzedzającym złożenie wnioskuzł, przy czym kwota nie może być wyższa niż kryterium dochodowe na osobę w rodzinie wynikające z art. 8 ust. 1 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.

.....
(data, pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

Rozstrzygnięcie o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy finansowej w zakresie zmniejszenia wydatków na leki:

.....
.....
.....
.....

.....
(data, pieczęć i podpis kierownika/z-cy kierownika GOPS w Orli)

* Źródło dochodu/wysokość dochodu osoby lub rodziny, określone zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 z późn. zm.), w tym liczba ha przeliczeniowych należących do wnioskodawcy lub osób wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, z wyłączeniem użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego łącznie.

** Niepotrzebne skreślić.

*** 200 % kryterium dochodowego określonego odpowiednio w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej.